



TRABAJO DE FIN DE GRADO, curso 2018-2019

ROL DE LA ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL: ESQUIZOFRENIA Y ALCOHOLISMO

NURSING'S ROLE IN DUAL
PATHOLOGY:
SCHIZOPHRENIA AND
ALCOHOLISM

Bárbara Gutiérrez Royano

Directora: Blanca Sánchez Santiago

FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

AVISO RESPONSABILIDAD DE LA UC

Este documento es el resultado del Trabajo de fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 20 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

	PÁGS.
Resumen – Abstract	3
Introducción	4
Justificación	5
Objetivos	5
Metodología	6
Descripción de los capítulos	8
1. Capítulo 1: patología dual en esquizofrenia y alcoholismo	8
1.1. Etiopatogenia y curso de la enfermedad	8
1.1.1. Etiopatogenia	8
1.1.2. Curso de la enfermedad	10
1.2. Diagnóstico de la patología dual	10
1.3. Tratamiento de la patología dual	13
1.3.1. Modelos de tratamiento	13
1.3.2. Tratamiento farmacológico	15
1.4. Psicoterapia	17
1.4.1. Terapia cognitivo-conductual	17
1.4.2. Entrevista motivacional	18
1.4.3. Terapia grupal	18
1.4.4. Intervención familiar	19
2. Capítulo 2: Intervenciones de enfermería en el tratamiento de la patología dual	20
2.1. Funciones e intervenciones de enfermería sobre el paciente dual	20
2.1.1. Valoración integral holística continua	21
2.1.2. Educación y promoción para la salud	23
2.1.3. Vigilancia y prevención de las recaídas	23
2.1.4. Adherencia al tratamiento	24
2.1.5. Estilo de vida	27
2.1.6. Evaluación continua del paciente	27
3. Conclusiones	28
Bibliografía	30
Anexos	34

RESUMEN

La patología dual es una enfermedad mental grave y muy limitante que no sólo es difícil de diagnosticar, sino que a lo largo de su curso afecta al paciente en todos los ámbitos de su vida. Es fácil que el paciente que tenga esta enfermedad tenga varias recaídas y rehospitalizaciones a lo largo de su vida. La adherencia al tratamiento en estos pacientes es muy baja produciéndose una tasa de abandono de más del 50% de ellos. Estos pacientes deben ser tratados en equipos multidisciplinarios en los que la enfermera es una pieza pivotal; es esencial que haya una relación terapéutica buena y que la enfermera sea un pilar de apoyo para el paciente ya que esto ayudara, sin duda alguna, a mejorar la calidad de vida del enfermo.

ABSTRACT

Dual pathology is a serious and very limiting mental health issue that is not only difficult to diagnose, but throughout its course affects the patient in all areas. It's quite common having several relapses and rehospitalizations throughout the life of a dual pathology patient. Adherence to treatment in these patients is very low, resulting in an abandonment rate of more than 50% of them. These patients must be treated by multidisciplinary teams in which the nurse is a pivotal piece; a good therapeutic relationship will undoubtedly help improve the quality of life of the patient.

INTRODUCCIÓN

La patología dual es la concurrencia de una enfermedad psiquiátrica y un trastorno de adicción simultáneamente, en cualquier momento de la vida de una persona ^[4, 9].

El estudio de la patología dual es muy reciente ya que hasta que en 1991 Stowell no la definió por primera vez se consideraba que los trastornos mentales y la adicción no eran patologías relacionadas entre sí. A partir de los años 90 se comenzó a estudiar esta patología con más ahínco. Hoy en día a pesar de que se conoce la existencia de la relación entre ambas patologías muchas de las personas que sufren esta enfermedad están diagnosticadas únicamente de una de las dos o no reciben el tratamiento adecuado ya que suelen ser tratadas en centros específicos para la adicción o para la patología mental y no en centros especializados en el tratamiento de ambas enfermedades como una única.

Los trastornos psiquiátricos más habituales que se presentan en la patología dual son la esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastorno de personalidad ^[4]. Los trastornos psiquiátricos, como es la esquizofrenia, son patologías del neurodesarrollo y al igual que los trastornos por uso de sustancias se manifiestan, por lo general, antes de la edad adulta. A nivel mundial, los trastornos psiquiátricos superan el 14% de la carga global de enfermedades ^[12]. Las características personales del individuo intervienen en el mantenimiento y consumo del alcohol y de otras sustancias tóxicas, así como los factores ambientales (nivel sociocultural, accesibilidad a las drogas, etc.) ^[17].

A nivel europeo los datos que encontramos son muy heterogéneos ya que los estudios se centran o en una sustancia concreta o en un trastorno mental ^[24]. Los pacientes que padecen trastornos del espectro esquizofrénico tienen una probabilidad del 50% de desarrollar patología dual ya que son muy propensos al consumo de tóxicos (siendo tabaco y alcohol los usados más comúnmente); concretamente los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tienen una probabilidad del 65-80% de padecer patología dual ^[4, 8, 9]. Este rango es tan amplio debido a varios factores entre los que se encuentran: la heterogeneidad de las muestras -personas que buscan tratamiento, consumidores de los servicios asistenciales, población general, etc.-, lugar de atención -ya sean centros de atención a la drogodependencia, centros penitenciarios, etc.-, factores relacionados con el uso de sustancias -por sus efectos sedantes, estimulantes, etc.-, y especialmente las dificultades diagnósticas ^[8]. Todo ello implica que no sean datos extrapolables a la población general por lo que los estudios deberían seguir un proceso más estandarizado ^[17].

Los datos a nivel nacional son muy escasos. Tras la revisión bibliográfica solo hemos encontrado algunos estudios que hagan referencia a la prevalencia en nuestro país. Según un estudio madrileño realizado con 837 sujetos -de los cuales 629 eran tratados en la red de drogodependencia y 208 en la red de Salud Mental- se encontraron 517 con patología dual que, comparados con los pacientes con trastorno por uso de sustancias (TUS) únicamente, tenían peor situación laboral. Se cree que existe un alto porcentaje de pacientes con patología dual que no han sido diagnosticados debido a que los trastornos comórbidos no han sido detectados y se consideran síntomas de otra patología principal. Según este estudio, en los centros de dependencia la mayoría de los pacientes tienen un trastorno mental comórbido, lo que sugiere que los profesionales de estos centros deben de estar adecuadamente preparados para la

detección y manejo de dichos trastornos mentales ^[31]. Otro estudio estima una probabilidad del 25-50% de que las personas con un diagnóstico de enfermedad mental desarrollen una patología dual ^[4].

La prevalencia psiquiátrica de diagnósticos de comorbilidad se ha incrementado con el paso del tiempo. El reconocimiento de esta patología es relativamente reciente y el conocimiento sobre esta continúa aumentando a diario, pero se tratan de un diagnóstico y terapia complejos por lo que en la práctica clínica se necesita experiencia, conocimiento y un acercamiento novedoso.

Estos pacientes son atendidos en distintos centros dependiendo de si el desorden mental es primario o secundario a un abuso de sustancias. Por lo general cuando se trata de pacientes con TM (trastorno mental) secundario a uso de sustancias acuden a centros de drogodependencia. Es habitual que en estas unidades se centren en tratar las patologías individualmente ^[6].

El uso de sustancias en pacientes esquizofrénicos está relacionado con un alto incremento de la morbilidad ya que empeoran el curso de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, se sufre una gran pérdida de volumen de masa cerebral, aumento de la violencia y los suicidios y también un mayor aumento de costes sociales. Desafortunadamente, las opciones actuales para tratar el abuso de sustancias en pacientes esquizofrénicos son muy limitadas.

El consumo de alcohol es tres veces superior en esquizofrénicos que, en la población general, aunque la tendencia está disminuyendo ^[13, 17].

Este tipo de trastornos de uso de sustancias generan un deterioro social y familiar muy profundo además de un gran deterioro personal y grandes gastos en el sistema sanitario ^[5]. Los pacientes refieren sentir mejoría del humor, síntomas negativos de la esquizofrenia y mejora en las relaciones sociales también tras el consumo de alcohol ^[9].

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es una de las patologías psiquiátricas más graves que encontramos y es muy habitual que esta enfermedad curse con una adicción al tabaco o al alcohol. Se trata de un tema poco estudiado en la literatura científica pero bien conocido por los profesionales de la salud mental. Durante mis prácticas en una unidad de salud mental (concretamente en el área de esquizofrenia) coincidí con muchos pacientes que tenían este trastorno psiquiátrico que cursaba con adicción al alcohol por lo que he decidido centrarme en la patología dual y el manejo enfermero en este tipo de pacientes.

OBJETIVOS

1. Valorar la situación actual de la patología dual en España y profundizar en los conocimientos teóricos de esta enfermedad.
2. Determinar las intervenciones enfermeras en el manejo del paciente con patología dual en el ámbito de la salud mental apoyándonos en los conocimientos actuales que se tienen acerca de la misma.
3. Destacar la importancia del rol enfermero en el tratamiento de los pacientes duales.

METODOLOGÍA

Este texto es una revisión bibliográfica creada a partir de varias fuentes como son los artículos publicados en revistas de contenido médico y enfermero, libros, bases de datos científicas, y páginas web.

La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo en tres fases: información sobre la patología dual en pacientes con esquizofrenia y alcoholismo, información sobre el proceso enfermero y las intervenciones en patología dual e información sobre retos pendientes para el futuro.

Las bases de datos utilizadas han sido:

- PubMed.
- Google Scholar.
- Artículos de la revista Adicciones.
- Artículos de ELSEVIER
- Protocolos sobre patología dual.
- Guías de práctica clínica.
- Biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC).
- SCOPUS.
- Dialnet.
- Cochrane Plus.
- Página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Página web de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).
- Página web de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEPSIQ).

Los descriptores en ciencias de la salud utilizados han sido:

- Patología dual – Dual Pathology
- Esquizofrenia – Schizophrenia
- Epidemiología – Epidemiology
- Salud mental – Mental Health
- Alcohol – Alcohol
- Enfermería – Nursing
- Adicción – Addiction

La búsqueda bibliográfica ha sido limitada a artículos publicados en los últimos 15 años ya que, al no haber muchas publicaciones sobre este tema, ha sido necesario aumentar el rango de años de 5 a 15. Especialmente este rango ha sido necesario ampliarlo en el apartado de prevalencia e incidencia ya que hay datos muy escasos, y los encontrados son antiguos (2003). La búsqueda la he realizado tanto en inglés como en español.

DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

Este trabajo se ha estructurado en 2 capítulos principales.

A lo largo del capítulo 1 se explica qué es la patología dual, en concreto aquella en la que cursa con esquizofrenia y alcoholismo. Se abordan también las distintas teorías de causalidad, se hace un desarrollo sobre la epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la misma.

En el capítulo 2 se abordan las funciones enfermeras en la patología dual.

En último lugar se desarrollan las conclusiones del trabajo y se realizan propuestas de mejora en el ámbito de la atención enfermera para mejorar el futuro.

CAPÍTULO 1: PATOLOGÍA DUAL EN ESQUIZOFRENIA Y ALCOHOLISMO.

Si bien es cierto que el concepto de patología dual o patología comórbida no se encuentra todavía definido en los manuales del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ni del CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), los profesionales de la salud mental conocen bien este concepto ya que en las unidades hospitalarias es muy habitual ver pacientes que presentan una adicción junto a un trastorno psiquiátrico. No existe un diagnóstico bien definido por lo que muchos pacientes son diagnosticados tarde lo que hace que la terapia no sea tan efectiva como podría haberlo sido y es difícil llegar a una detección rápida del trastorno ^[2, 4].

Tras la revisión del DSM IV se distingue entre trastornos primarios, secundarios y efectos esperados. Los trastornos primarios son aquellos que no están relacionados con el consumo de sustancias y que no se deben a enfermedades médicas. Los trastornos secundarios son aquellos en los que los síntomas son más exacerbados que los que suelen aparecer por intoxicación de una sustancia determinada. Los efectos esperados son aquellos síntomas habituales que aparecen por el uso o abstinencia de drogas.

En mujeres la evolución de la enfermedad suele ser peor cuando se compara con los hombres. Las mujeres con esquizofrenia que consumen alcohol son más vulnerables a los efectos adversos -estos aparecen más rápidamente que en hombres y son más intensos en general- ^[17].

El primer gran estudio de patología dual fue un estudio estadounidense (Epidemiological Catchment Area) realizado en 1990 por Regier et al. Este proyecto se basó en el estudio de una muestra de población general y confirmó que más del 47% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia habían cursado, en algún momento, con un trastorno por uso de sustancias a su vez. Otro estudio, el CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness), que fue realizado sobre pacientes psicóticos, indicaba que más del 60% de estos pacientes cursaba a su vez con trastorno por uso de sustancias y que el 37% de los mismos hacía un consumo activo. El estudio español más reciente es el Estudio Epidemiológico Para Determinar la Prevalencia, Diagnóstico y Actitud Terapéutica de la Patología Dual en la Comunidad de Madrid, realizado en 2013. Contó con una muestra de 837 pacientes de los cuales más del 60% de los mismos mantenía los criterios de patología dual. La tendencia al consumo en la población general es decreciente mientras que en los pacientes esquizofrénicos se mantiene o incluso aumenta ^[13, 17].

1.1. ETIOPATOGENIA, Y CURSO DE LA ENFERMEDAD

1.1.1 ETIOPATOGENIA

El trastorno por uso de sustancias en pacientes psicóticos se cree que puede deberse a la desregulación psicológica produce un retraso en la maduración cerebral lo que contribuye al trastorno por uso de sustancias. Durante la adolescencia es muy importante el buen desarrollo de la corteza prefrontal porque tiene un papel muy importante sobre la regulación psicológica ya que además interactúa con otras zonas cerebrales especializadas (compuestas de sustancia blanca que se continúa desarrollando durante la adolescencia) en la integración de las funciones

cerebrales. Los fascículos longitudinales superiores conectan la zona parietal con la corteza prefrontal y forman así la zona frontoparietal de trabajo que es esencial para tener una buena regulación psicológica ya que cuando esta está inmadura contribuye a la desinhibición y a realizar conductas de alto riesgo. La sustancia blanca se altera por el uso de sustancias ^[20].

Según el estudio realizado por Sevilla y Basurte publicado en 2013 la sustancia blanca prefrontal y parietal de los adolescentes consumidores de alcohol estaba mucho más desorganizada que la de los adolescentes del grupo control. Tenían un nivel mayor de desregulación psicológica - medida a través de síntomas psicopatológicos y con la escala BRIEF-SR- ^[20].

Según los estudios mencionados por Vega Astudillo existe una mayor comorbilidad con otras enfermedades médicas como problemas cardiovasculares, hepáticos, renales, etc. ^[9]

Parece bastante claro que la etiopatogenia del trastorno dual tiene causas multifactoriales ^[5]. Algunos estudios claman la existencia de 2 hipótesis que expliquen la comorbilidad. La primera consiste en que la adicción y los trastornos psiquiátricos son expresiones de distintas anomalías preexistentes; y la segunda en que la drogadicción genera cambios neurobiológicos que son comunes a las anomalías de ciertos trastornos psiquiátricos ^[8].

Hay varias teorías en lo que respecta al por qué concurren con tanta frecuencia estas dos enfermedades:

Modelo de consumo de sustancias secundario a una alteración psiquiátrica (drogoinducción)

El paciente comienza a tomar drogas para poder mejorar las sensaciones que le produce el trastorno psiquiátrico. Estas sustancias pueden paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno haciendo que este no sea diagnosticado o tratado como debería ser ^[4, 5, 8, 9, 13]. Cuando consumen sienten una mejora del humor, de las relaciones sociales y de los síntomas negativos de la enfermedad por lo que es fácil creer que pueden usarlo con el objetivo de controlar otros síntomas como las alucinaciones ^[17]. Un trastorno puede aumentar la facilidad y vulnerabilidad con la que se desarrollará otro -ocurriría lo mismo con el siguiente modelo-.

Modelo de alteración psiquiátrica secundaria al consumo de sustancias (automedicación).

El paciente comienza a tomar drogas lo que le produce una alteración psiquiátrica -por ejemplo, el consumo de cannabis es un factor precipitante del trastorno esquizofrénico; y los estimulantes pueden originar depresión o psicosis ya que producen cambios fisiológicos permanentes en el individuo-.

Modelo de socialización

El consumo de tóxicos abre determinadas puertas a roles sociales, grupos e identidades siendo especialmente influyente en la adolescencia ^[4, 5, 8, 9, 13].

Uno de los principales problemas que hay a la hora de analizar la patología dual es que los enfermos estudiados son personas que ya se encuentran bajo tratamiento psiquiátrico -en clínicas de salud mental, por ejemplo- o en centros de drogadicción. Es decir, que se encuentran en centros en los que, en la mayoría de los casos, el tratamiento que les dan es específico para una de las dos patologías, pero no se les realiza un tratamiento integral ^[6].

Modelo de factores comunes de la vulnerabilidad

El trastorno mental y trastorno por uso de sustancias pueden tener factores comunes que hagan que el paciente sea vulnerable a padecerlas. Las relaciones causales de ambos trastornos son:

- **Factores genéticos** – Cuando los factores genéticos comunes se superponen haciendo que una persona sea susceptible al alcoholismo y otros trastornos mentales o que tenga mayor riesgo de desarrollar un segundo trastorno tras la aparición del primero ^[5, 8, 9, 13, 17].
- **Factores ambientales** – pueden desencadenar otros factores que influyan en el desarrollo de estos trastornos como son el estrés, ansiedad o trauma infantil -debido a un contexto sociofamiliar adverso en el que hay uso de sustancias, personalidad antisocial o maltrato en el ambiente doméstico, por ejemplo- ^[5, 8, 9, 13, 17].
- **Mecanismo de neurotransmisión** – Se cree que esto es debido a que haya un déficit neurobioquímico similar entre el consumo de sustancias tóxicas y el trastorno mental. Estas áreas suelen ser el sistema de recompensa -vía mesolímbica medial (cuando hay una disfunción dopaminérgica de sus neuronas mesocorticolímbicas se cree que está relacionado con los síntomas negativos de los pacientes esquizofrénicos que no reciben tratamiento) y también puede estar relacionado con la vulnerabilidad al consumo de sustancias-; área tegmental ventral; hipotálamo lateral y lugares puntuales de la corteza prefrontal ^[17, 36]:
 - **Sistema dopaminérgico mesolímbico** – está relacionado con la adicción y se encuentra implicado en la aparición de la esquizofrenia ^[5, 8, 9, 13].
 - **Sistema serotoninérgico** – se encuentra implicado en la etiología depresiva y trastorno por uso de alcohol ^[5, 8, 9, 13].
 - **Sistema GABAérgico** – se encuentra asociado con la ansiedad y en la adicción a benzodiazepinas y alcohol ^[5, 8, 9, 13].

Actualmente este es el modelo más aceptado.

1.1.2 CURSO DE LA ENFERMEDAD

El patrón de consumo en los pacientes con patología dual es más irregular que en los alcohólicos no duales ^[17]. Los pacientes refieren una edad de inicio de consumo de sustancias tóxicas -alcohol, cannabis y cocaína- previa a la población no dual ^[30]. De media, la adicción comienza dos años antes ^[4, 8, 9, 17].

En cuanto al perfil poblacional del paciente con patología dual de esquizofrenia y uso de sustancias, encontramos hombres jóvenes que han sido hospitalizados tempranamente por psicosis, que presentan una mayor sintomatología positiva y menor sintomatología negativa. También cursan con una presencia mayor de intentos de suicidio, más rehospitalizaciones y un patrón de conducta marcado por la impulsividad y la violencia -junto a comportamiento hostil-.

También es muy habitual que haya una pérdida de las relaciones sociales y familiares, una mayor tasa de desempleo y marginalización. El porcentaje de mujeres que sufre patología dual es mayor que el de hombres siendo también más grave, lo que hace que estas tengan una peor adaptación laboral ^[31]. Por lo general, las mujeres esquizofrénicas comienzan a consumir droga más tarde que los hombres, presentan una mayor sintomatología afectiva (disforia), una mayor facilidad para la aparición de paranoia y alucinaciones y un “mejor funcionamiento premórbido” ^[17].

Dentro del curso de la patología dual, podemos destacar tres fases:

- **Fase de pródromos:** ocurre de los 10 a los 20 años. Puede enmascarar síntomas psicóticos haciendo que se produzca un mal diagnóstico. Es importante que se realicen intervenciones educativas y que estos pacientes de alto riesgo tengan un buen seguimiento para que puedan desarrollar una buena conciencia de enfermedad.
- **Fase de progresión:** de los 20 a los 30 años. El pronóstico y evolución de la enfermedad puede verse afectado por el consumo de drogas produciendo más rehospitalizaciones y recaídas. Es muy importante también en esta fase el fomento de la conciencia de enfermedad y la educación en el riesgo de consumo de sustancias. Se debe intentar conseguir un mantenimiento de la abstinencia en esta fase o como mínimo la disminución del riesgo de consumo (para así reducir el daño).
- **Fase de estabilización-recaídas:** Ocurre de los 30 a los 50 años por lo general. En esta fase es donde aparecen los síntomas negativos de la enfermedad ^[9].

1.2. DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DUAL

En la actualidad es difícil realizar un diagnóstico ya que comparte muchas características clínicas con otras patologías mentales como es la esquizofrenia y las herramientas clínicas utilizadas están aún en proceso de desarrollo e implantación.

Los criterios del DSM-IV-TR para diagnosticar patología dual se establecen a partir de tres categorías:

- **Primarias:** trastornos mentales que no han sido inducidos por sustancias y que no son debidos a otra enfermedad médica.
- **Efectos esperados:** son los efectos que aparecen debido a situaciones de intoxicación o abstinencia de drogas; este efecto es esperable.
- **Inducidos por drogas:** se trata de trastornos en los que aparecen síntomas excesivos en relación con lo esperado tras intoxicación o abstinencia de una sustancia ^[9].

La principal herramienta diagnóstica de la patología dual es la entrevista clínica. Se debe tener en cuenta que las personas con adicción alcohólica tienden a minimizar el problema o directamente negar su existencia. Es frecuente que busquen ayuda una vez que se hayan establecido serios problemas en ámbitos médicos, laborales -por absentismo repetido o disminución de la eficiencia laboral-, financieros o económicos -derivados de un mayor gasto de los ingresos o falta de los mismos debido a una mala situación laboral-, legales, dificultades en las relaciones sociales y de pareja, o por sufrir sintomatología psiquiátrica ^[9].

Respecto a los test y cuestionarios que se utilizan para complementar la entrevista clínica hay que destacar que suelen ser herramientas dirigidas a valorar una de las patologías en lugar de tener en cuenta la patología dual.

Herramientas diagnósticas para la patología dual ^[17]	
ISCA (Inventario Situacional del Consumo de Alcohol)	Es un instrumento desarrollado en España que sirve para identificar sistemáticamente y de forma precoz a los bebedores de riesgo -se utiliza especialmente en Atención Primaria- ^[9] . Ver cuestionario en anexos.
SCID (Structured Clinical Interview for DSM)	Entrevista diagnóstica que permite dilucidar un trastorno psicótico primario o un trastorno inducido por sustancias. Útil tanto para trastornos del eje I (trastornos clínicos) como eje II (trastornos de personalidad). Consta de 119 ítems.
PRISM (Psychological Response In Spinal Manipulation)	Se trata de un instrumento diseñado para diagnosticar la comorbilidad en pacientes consumidores de sustancias. Clasifica la enfermedad en función de la durabilidad de los síntomas teniendo como referencia el periodo de abstinencia. Clasifica los trastornos primarios en aquellos que ocurren durante el periodo de abstinencia o duran más de 1 mes tras el cese de consumo.
DDSI (Dual Diagnosis Screening Instrument).	Test basado en la entrevista PRISM que diagnostica específicamente la patología dual.
MINI (International Neuropsychiatric Interview)	Entrevista diagnóstica estructurada que estudia los diagnósticos del eje I.
ASI (Addiction Severity Index)	Es un instrumento estándar que permite valorar la gravedad de la adicción. Indaga sobre los aspectos que han podido contribuir al abuso de sustancias en la vida del paciente (estado físico, empleo, consumo de drogas y/o alcohol, situación legal, las relaciones familiares y su salud mental).
AUDIT (Development of Alcohol Use Disorders Identification Test)	Es el test más utilizado en España. Permite detectar qué pacientes están en riesgo de desarrollar alcoholismo y explora también los problemas derivados del consumo de alcohol (como la situación social, económica, familiar, etc.).
SADQ (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire)	Es un test autoadministrado que indica numéricamente la intensidad de la dependencia.
EIDA (Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica)	Se trata de una escala que evalúa síntomas psicológicos, físicos, conductas de alivio de la abstinencia, consumo de alcohol y la dificultad en el control.
PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)	Este test considera las perspectivas dimensional (valora la gravedad de la sintomatología general de la esquizofrenia) y categorial (clasifica el trastorno según sea positivo, negativo o mixto). Debe ser administrada en forma de entrevista semiestructurada por personal sanitario formado para ello.
RESUS (Reasons for Substance Use in Schizophrenia)	Es un instrumento de valoración específico de la esquizofrenia dual y explora la relación entre el uso de sustancias, los síntomas psiquiátricos y el consumo que se está comenzando a utilizar en nuestro país ^[17] .
PDSQ	Cuestionarios autoadministrados para la detección de comorbilidad psiquiátrica ^[9] .
CIDI	Entrevista clínica estructurada ^[9] .
DIGS	Entrevista clínica estructurada ^[9] .

1.3. TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL

Con el tratamiento de la patología dual se pretende mejorar la sintomatología de la esquizofrenia, una disminución o completa eliminación del consumo de sustancias, y proporcionar una mejora en la calidad de vida y bienestar del paciente ^[17, 19, 42]. También se pretende hacer una mejora global del funcionamiento del paciente, ya que al eliminar la sintomatología podrá llevar una vida más normal a medida que mejora el rendimiento sociolaboral y que tiene menos recaídas ^[19].

Las dos herramientas terapéuticas de las que disponemos son el tratamiento farmacológico y el abordaje psicoterapéutico; ambas se organizan en distintos modelos que se presentaran a continuación. Posteriormente abordaremos la herramienta de tratamiento farmacológico.

1.3.1. MODELOS DE TRATAMIENTO

En la actualidad los modelos de tratamiento más extendidos son el modelo de tratamiento secuencial, en paralelo y tratamiento integrado.

En general, sus objetivos van orientados a conseguir:

- La realización de un programa personalizado de intervención -tanto para el tratamiento como para la reinserción sociolaboral- ^[23].
- Establecimiento de objetivos de tratamiento e intervención realistas tanto a corto como largo plazo. Es importante hacer entender al paciente que se trata de un proceso a largo plazo e ir estableciendo objetivos a corto plazo ^[35].
- Hospitalización completa o parcial según las necesidades: Sería una hospitalización completa en el caso de que el paciente no pueda ser abordable desde el centro de salud, ya sea por la gravedad de la enfermedad o por la reincidencia. Una hospitalización completa duraría unas 2-4 semanas como poco para que se pueda valorar la psicopatología cuando el paciente no se encuentra tomando sustancias nocivas. En los casos en los que el paciente tenga un buen soporte sociofamiliar y sea posible asegurar la continuidad de los cuidados.
- Programas intensivos de tratamiento donde se supervise la medicación y se hagan controles periódicos de tóxicos en sangre y orina.
- Tratamiento psicofarmacológico completo (ambos trastornos). Realizar también análisis séricos para valorar la toma del medicamento, el cumplimiento y los efectos nocivos que este pueda tener.
- Creación de grupos de familiares y pacientes para prevenir las recaídas y motivar tanto a los pacientes como a sus familiares, con atención también a su situación social.
- Establecimiento del vínculo terapéutico.
- Fomentar, por parte del paciente, la autonomía mediante el empoderamiento ^[35, 38].
- La abstinencia no es un requisito imprescindible para que dé comienzo el tratamiento, pero si que debe estar dentro de los objetivos principales del tratamiento ^[17, 25].

Modelo de tratamiento secuencial

Aquí el paciente es tratado en un centro de salud mental y de drogodependencia de ambas patologías por separado. Comienza el tratamiento de una de las patologías y cuando termina este podrá comenzar con el tratamiento de la patología restante. Es más habitual que se trate

primero el alcoholismo en el centro de drogadicción y seguidamente la esquizofrenia en la red de salud mental. Con este tipo de procedimiento hay riesgo de recaída ^[4, 17].

Modelo de tratamiento en paralelo

Es aquel en el que se tratan simultáneamente ambas patologías, pero en distintos centros lo que conlleva ser tratado también por distinto personal. Este tratamiento tiene una gran tasa de abandono ^[4, 17].

Modelo de tratamiento integrado

Es aquel en el que el paciente es tratado de ambas patologías simultáneamente en el mismo centro y por supuesto por el mismo equipo multidisciplinar (índole legal, educacional, sociolaboral y médica). Es un modelo que se relaciona con mejores resultados e incluye el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico. Con este tratamiento se proporciona una mejoría en las habilidades sociales, intervenciones motivacionales y rehabilitación sociolaboral en casos determinados. Parece que es un tratamiento que produce mejoras a largo plazo en el control sintomático de la psicosis y del uso de sustancias, lo que proporciona satisfacción vital ^[4, 17]. Este modelo de tratamiento tiene la inconveniencia de que requiere más recursos complicando su implementación en los servicios de salud. Además de los objetivos incluidos en el inicio del apartado, el modelo integral debería incluir los siguientes objetivos: Este modelo debería incluir:

- Accesibilidad de los programas de tratamiento integrado tanto para los pacientes como para los profesionales en cuanto a que debe haber flexibilidad en las derivaciones.
- Equipo multidisciplinar formado en el cuidado de este tipo de paciente. También es muy importante que este equipo pueda tener toda la información de los pacientes cuando sufren reagudizaciones y son tratados en otros centros (como por ejemplo hospitales, centros ambulatorios, talleres ocupacionales y centros de día).
- Mejora de la financiación para aumentar los recursos disponibles y mejora de la coordinación entre los ya existentes ^[17, 25].

En cada una de las etapas del tratamiento hay que establecer una serie de objetivos y estrategias adecuadas al momento del tratamiento flexible y con objetivos a largo plazo. Cuando la abstinencia no es el objetivo principal se deben establecer pautas de cambio en el consumo de drogas, así como disminuir la dosis, cambiar la vía, tomarlas únicamente en situaciones concretas que facilitarán al paciente ir dejando la adicción paulatinamente. Es habitual que para que el tratamiento sea eficaz haya que realizar esta terapia durante años.

Cuando se comienza con el tratamiento se debe facilitar el acceso los recursos sanitarios, es muy importante también el obtener un diagnostico correcto e implicar a familiares. Establecer un acuerdo con el paciente sobre su tratamiento también es muy importante para que este le mantenga ^[17].

Además, así la valoración clínica puede ser mucho más completa. Es importante que tras la estancia hospitalario el paciente sea seguido por los servicios intermedios para así poder ser supervisado y que tenga un seguimiento más frecuente ^[17].

El tratamiento integrado sería el modelo adecuado a seguir para que el paciente tenga el mejor desarrollo posible de la enfermedad. Este modelo consta de tratamiento farmacológico y psicoterapia.

1.3.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la actualidad el tratamiento farmacológico que se está utilizando es el mismo que el empleado para los pacientes esquizofrénicos ya que no hay suficientes estudios contrastados para crear unas pautas de actuación definitivas.

Existen tres líneas de terapia farmacológica en la patología dual con esquizofrenia y alcoholismo que se dividen en tratamiento para la desintoxicación alcohólica, tratamiento para la deshabituación alcohólica y finalmente tratamiento para la esquizofrenia.

Tratamiento farmacológico para la desintoxicación alcohólica [9, 18]:

Benzodiacepinas

Se administran en dosis crecientes y de forma limitada hasta que finaliza el tratamiento. Se suelen usar las de vida media prolongada porque tienen menor riesgo de causar adicción. Las más usadas son Diazepam, Clorazepato y Lorazepam.

Anticomiciales (antiepilépticos)

Es muy habitual que este tipo de fármacos se den en tratamientos para la esquizofrenia ya que pueden estabilizar el estado de ánimo, ayudar a regular la impulsividad y el craving. Al igual que las benzodiacepinas se administra en dosis crecientes. Los más usados son la Gabapentina, Oxcarbamacepina (es mejor que la Carbamazepina en la reducción de los síntomas de la abstinencia y la reducción del craving) y Pregabalina [17]. La Carbamacepina, el ácido Valproico y el Topiramato son utilizados también para la deshabituación alcohólica ya que reducen el deseo de beber y disminuyen el craving.

Suplementos vitamínicos

Sobre todo, se dan los de la vitamina B y ácido fólico ya que estos pacientes es habitual que tengan un déficit.

Clormetiazol

Es un medicamento que se usa cada vez menos para la desintoxicación pues produce una sedación excesiva y tiene un gran riesgo de generar dependencia.

Tratamiento farmacológico para la deshabituación alcohólica [9, 18]

Interdictores (antidipsotrópicos) del alcohol

Son el Disulfiram (que no se usa cuando hay patología esquizofrénica), Carbimida y Cianamida cálcica. Inhiben la metabolización del acetaldehído. El uso en pacientes psicóticos es cuestionable porque pueden producir sintomatología psicótica.

Antagonistas opiáceos

Se utilizan para reducir el craving y la pérdida de control al inicio de la ingesta, aunque la evidencia de su efectividad es dudosa (Naltrexona), y para la reducción del consumo de alcohol (Nalmefeno) [14, 17].

Acamprosato

Se utiliza para disminuir el craving y la pérdida de control también al inicio de la ingesta. Disminuye la intensidad de los síntomas de abstinencia. Este medicamento actúa sobre la vía glutamatérgica por lo que se considera que puede ser eficaz combinándolo con los antipsicóticos [14, 17].

Tratamiento farmacológico para la esquizofrenia [9, 18]

Neurolépticos (antipsicóticos)

La medicación antipsicótica está considerada como la piedra angular del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Estos fármacos son muy eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, actúan especialmente sobre las alucinaciones y los delirios; también influyen sobre la falta de motivación y la expresividad emocional. Son los fármacos que se usan para el tratamiento de la psicosis y son menos eficaces en los pacientes duales debido a que el consumo de alcohol hace que el metabolismo hepático aumente haciendo que disminuyan los valores séricos del fármaco [9, 14].

Los antipsicóticos de primera generación se ha visto que no son excesivamente eficaces en los pacientes con patología dual y pueden aumentar el craving ya que no actúan sobre la adicción - su efecto secundario principal son los síntomas extrapiramidales- mientras que los de segunda generación puede disminuir el craving por lo que es preferible administrar los neurolépticos de segunda generación. Las ventajas de estos medicamentos es que actúan preferentemente sobre los sistemas de recompensa y producen menos efectos extrapiramidales, tienen una eficacia más elevada sobre los síntomas negativos, presentan un impacto positivo sobre la cognición y actúan sobre receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos lo que produce una mejora en la ansiedad y en el humor [17]. Los antipsicóticos de primera generación producen por lo general más efectos adversos como son la somnolencia, taquicardia y mareos, también producen aumento de peso y cambios en el metabolismo.

Los antipsicóticos de segunda generación actúan tanto sobre los síntomas positivos como los negativos y funcionan muy bien en pacientes sobre los que los tratamientos clásicos no han surtido el efecto esperado -para más información sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia consultar tabla 3 en anexos-. También parece que disminuyen el riesgo de recaída. Al ser medicamentos con menos efectos adversos -especialmente los extrapiramidales-, los pacientes aceptan mejor el tratamiento. Aún así, los efectos adversos más comunes que suelen producir estos fármacos son sedación, efectos anticolinérgicos e hipotensión ortostática [28, 33]. Para más información sobre las diferencias entre antipsicóticos de primera generación y segunda generación ver tabla 2 en anexos.

Los antipsicóticos de segunda generación más usados habitualmente son: Amisulprida, Aripiprazol, Clozapina, Haloperidol, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona y Ziprasidona. Para más detalles sobre estos antipsicóticos, ver tabla 1 en anexos.

Tratamiento farmacológico sintomático

coadyuvante con antidepresivos

Estos medicamentos se pueden utilizar tanto para tratar los síntomas negativos como la adicción ya que actúan sobre la clínica depresiva que suele acompañar al abuso de alcohol. Estos medicamentos también se utilizan para el tratamiento de los síntomas negativos. También regulan las alteraciones del sueño y actúan sobre el sistema serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico que tienen que ver con las bases neurobiológicas de las adicciones. Los antidepresivos tricíclicos tienen mucho riesgo de producir efectos cardíacos, anticolinérgicos y de hipotensión ortostática por lo que se suelen administrar los inhibidores de la recaptación de serotonina como al Venlafaxina, Duloxetina, Mirtazapina y Bupropion. No hay evidencias sobre el uso en patología dual ^[17].

1.4. PSICOTERAPIA

El tratamiento de la patología dual debe tener un enfoque integrador e interdisciplinar en el que se aplique terapia farmacológica, psicoterapia y también tratamientos psicosociales individualizados o grupales ^[10]. Es muy útil realizar abordajes como intervenciones cortas y seguirles en atención primaria ya que necesitan un seguimiento más continuado para motivar la toma de la medicación.

En muchos casos los pacientes no tienen una conciencia de enfermedad de alguno de los trastornos o incluso de ambos ^[32], por lo que es posible que no reconozcan uno o ninguno de los trastornos lo que dificulta el tratamiento. Cuando existe una baja conciencia de enfermedad, disminuye la implicación de estos pacientes en su tratamiento por lo que la recuperación es más lenta o ineficaz ^[35].

Se ha visto que la psicoeducación tanto del paciente como de los familiares mejora la salud familiar y personal. Esto mejora a su vez el funcionamiento interpersonal y social del paciente ^[9].

El tratamiento psicoterapéutico es esencial concomitantemente a la farmacoterapia para el tratamiento de la patología dual. Como es lógico, debe estar adaptado a cada paciente y la situación en la que se encuentre en ese momento. Como norma general el abordaje psicoterapéutico sigue a un tratamiento farmacológico. Etapas de la terapia:

- **Primera etapa:** desintoxicación con los fármacos ya mencionados anteriormente.
- **Segunda etapa:** deshabitación. Lo primero sería estabilizar al paciente. Durante este periodo es muy importante la relación terapeuta-paciente. El objetivo principal es ayudar al paciente a que abandone sus “esquemas de funcionamiento” y conseguir así nuevas experiencias vitales. En esta etapa al paciente le puede ser difícil manejar sus sentimientos y emociones, no tener desarrollada todavía la capacidad para inhibir conflictos, problemas socioeconómicos y dificultades para mantener la abstinencia ^[17]. Es en este momento cuando se elabora el programa individualizado de terapia con unos objetivos reales a corto y largo plazo ^[17].

Hay que realizar una evaluación continua del estado del paciente durante todo el proceso terapéutico.

Presentamos a continuación las principales herramientas psicológicas para el abordaje de estos pacientes.

1.4.1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se desarrolla por lo general durante 18 meses de seguimiento y consigue que mejore la sintomatología del paciente dual, así como el consumo de alcohol. Las teorías de terapia cognitivo-conductual se originan a partir de las ideas de Beck, un psicólogo que opina que las conductas disfuncionales -así como los pensamientos y creencias- deben modificarse para obtener un cambio efectivo en el comportamiento y que el paciente desarrolle de esta forma conductas funcionales. Para que esto pueda llevarse a cabo deben implantarse programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo del estrés y prevención de recaídas. Uno de los factores más importante para que este tipo de tratamiento sea efectivo es el tiempo de exposición ya que cuánto más tiempo pasen menos consumen a largo plazo. El TCC junto a la entrevista motivacional y el apoyo familiar mejoran significativamente los resultados^[17].

1.4.2. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A través de las entrevistas motivacionales realizadas correctamente se consigue mejorar el efecto de las intervenciones cognitivo-conductuales en los pacientes comórbidos. Este tipo de entrevista es aquella en la que el terapeuta no utiliza la confrontación, sino que aplica una serie de estrategias que facilitarán el cambio. Este tipo de intervenciones mejora la participación de los pacientes en su tratamiento lo que hace que tengan una mejor adherencia y puedan mejorar notablemente^[17, 40].

1.4.3. TERAPIA GRUPAL

Los grupos de autoayuda de 12 pasos como podría ser en este caso Alcohólicos Anónimos son de utilidad para la “mejora de la abstinencia, adhesión al tratamiento, autoeficacia y calidad de vida” en pacientes con consumo de sustancias, pero son pocos los pacientes duales y psicóticos que acuden a estos programas^[17]. La terapia grupal es muy efectiva y menos costosa que la individual^[9].

En la terapia grupal se puede apreciar un contexto realista e igualitario donde se realizan interacciones que mejoran la conciencia de enfermedad en los pacientes. También ayuda a que haya un mayor aprendizaje y autonomía del paciente y mejora la relación terapéutica al ver cómo interactúa el profesional con el resto de pacientes.

Según el estudio de AM Medina, MC Gómez, FJ Acosta, et al publicado en 2017, la terapia grupal es, por lo menos, igual de efectiva que la individual en cuanto a adherencia, recaídas -hospitalización y tiempo del mismo también-, relaciones sociales y el funcionamiento general vital. Si bien este estudio tiene ciertas limitaciones en cuanto a su diseño^[10].

1.4.4. INTERVENCIÓN FAMILIAR

La interacción entre dinámica familiar y la patología infantil es de suma importancia ya que existe una relación entre cómo las familias con mejor relación y actitudes más saludables tienen un grado de cohesión entre los distintos miembros muy equilibrado, así como de adaptación a los cambios que suponen las diferentes situaciones vitales; mientras que en las familias con problemas se desarrollan grados extremos de cohesión y adaptabilidad. Las malas relaciones familiares se han visto unidas directamente al aumento de consumo de tóxicos y al desarrollo de problemas conductuales ^[5].

Por otra parte, en la sociedad española, es habitual que el rol de cuidador le lleve a cabo la familia cercana al paciente, en especial la figura materna ya que por lo general el paciente mantiene un vínculo interdependiente con esta. Cuando a la familia se le asigna el papel de cuidador en estas enfermedades, se produce una sobrecarga emocional y de estrés. El porcentaje de familiares de pacientes con trastorno mental grave que requiere medicación antidepresiva y ansiolítica es muy alto y se agrava cuando las familias no son especialmente extensas ^[21]. Este tipo de enfermedades suponen una carga emocional muy grande tanto sobre la persona que la padece como sobre sus familiares, especialmente los más allegados por lo que es importante incidir sobre los familiares y enseñarles habilidades y estrategias para lidiar con la patología dual ya que, además de ser una fuente de apoyo fundamental para los pacientes, pueden mejorar así la salud familiar. Según la fundación Gizakia, es fácil que a raíz de la patología hayan surgido más conflictos y experiencias traumáticas en la familia ^[32].

El factor ambiental de recaída más importante en personas afectadas por la esquizofrenia es una gran “emoción expresada” -críticas, hostilidad, insatisfacción y sobreimplicación- ^[21].

En este tipo de intervenciones también se utiliza la modificación de la conducta, así como la psicoeducación. Ha demostrado ser una terapia eficaz a la hora de mejorar la retención y adhesión de los pacientes a la terapia. Estas terapias permiten crear un contexto seguro y de confianza para las familias donde se pueden trabajar los aspectos que impiden la salud familiar ^[17, 21].

Es muy importante que se identifiquen los factores que pueden llevar a una relación conflictiva ya que esto facilita el consumo alcohólico. También se realiza una importante educación en desarrollo de habilidades de comunicación y solución de problemas. Existen varios modelos:

- **Terapia familiar multidimensional:** Se basa en que una buena relación familiar puede funcionar como factor protector ante el consumo de alcohol.
- **Terapia familiar multisistémica:** Identifica factores protectores y precipitantes del consumo de alcohol y se realiza un plan de tratamiento individualizado.
- **Terapia familiar breve estratégica:** es un tipo de terapia que mejora el compromiso y la participación de las familias que tienen un adolescente consumidor ^[17].

En este caso, el papel de la enfermería se basa en ofrecer apoyo a la familia; rol mediador facilitando la conversación y trabajando sobre la comunicación entre paciente y familiares; y por supuesto implicando a la familia y paciente en el cuidado ^[32].

2. CAPÍTULO 2: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL

Según el Grupo de Mejora para la Elaboración del Protocolo de Intervención de Enfermería en los Centros de la Atención a la Drogodependencia de Madrid, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) o Proceso Enfermero (PE) facilita a los profesionales de enfermería prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática mediante la aplicación del método científico. Así mismo, el PAE es un proceso de evaluación continua, dinámico y flexible que permite la retroalimentación y reformulación de objetivos a lo largo de todas las etapas ^[23].

El enfermero es el profesional sanitario que, por lo general, más tiempo pasa con el paciente por lo que a este le es más fácil expresar sus preocupaciones cuando se ha establecido una relación terapéutica comunicativa. Será una fuente de apoyo y motivación, factores muy importantes a la hora de mantener la adherencia ^[32].

Con los pacientes duales es necesario negociar para que sigan el tratamiento ya que, por lo general, no tienen una buena conciencia de enfermedad. Al ser estigmatizados por tener una patología mental y una adicción tienden a adoptar una actitud defensiva que dificulta el abordaje del profesional sanitario. La presencia de neuroticismo, emocionalidad negativa, tensión, inseguridad, preocupación y miedo es muy común ^[4, 32]. Se trata de un proceso que requiere una valoración holística integral.

El plan de cuidados deberá contemplar un programa individualizado que tenga unos objetivos realistas establecidos tanto para corto como para largo plazo. El mantenimiento de la relación terapéutica es esencial para la adherencia, favoreciendo el cumplimiento farmacológico y la reducción del consumo -o la abstinencia total-, la prevención de recaídas. El objetivo principal será mantener el trastorno mental estable.

2.1. FUNCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SOBRE EL PACIENTE DUAL

Algunas de las actividades que realiza la enfermería (como la administración del tratamiento farmacológico) han sido desarrolladas en puntos anteriores. Otras actividades específicas de enfermería, no menos importantes son las siguientes:

- Realizar una valoración inicial y continua del paciente, según los patrones de Marjory Gordon. Este punto se desarrolla en el apartado 2.1.1.
- Administración de fármacos (incluye la gestión, preparación y supervisión de la toma) ^[17, 23, 37]. Los fármacos que se administran se han desarrollado en el apartado 1.3.2.
- Realizar controles regulares de las constantes vitales (TA, FC, FR, Tª y glucemia), IMC, contorno abdominal y peso. Evaluación regular del estado físico del paciente (para detectar problemas médicos) ^[17, 23, 25].
- Realizar analíticas de orina, sangre -también con serologías para detectar enfermedades infecciosas como VIH, VHC, VHB)- y aliento para detectar el uso de sustancias, según pauta ^[17, 23, 25].
- Administrar vacunas si fuera necesario, como la vacuna de la gripe estacional ^[17, 23, 25].
- Realizar el control y vigilancia de la sintomatología (tanto de la patología dual como de los posibles efectos adversos de la medicación). También detectar otros posibles problemas comórbidos como la hipertensión arterial, obesidad y otras enfermedades orgánicas ^[17, 23, 25].
- Prevención de las recaídas en el consumo de alcohol y la psicosis mediante la valoración del estado psicopatológico; y detección de las recaídas. Identificar los factores precipitantes y

protectores de crisis ^[17, 23, 25]. Tanto este punto como el anterior se desarrollan en el apartado 2.1.3.

- Realizar psicoeducación con intervenciones motivacionales que favorecen el cambio conductual y el posicionamiento a hábitos sanos. Realizar entrenamiento en habilidades sociales. Fomento de los hábitos de vida saludables y educación higiénico-dietética ^[17, 23, 25]. Este punto se desarrolla en el apartado 2.1.2.
- Valorar la adherencia al tratamiento y mantenerla en niveles óptimos ^[17, 23, 25]. Este punto se desarrolla en el apartado 2.1.4.
- Llevar a cabo la coordinación con otros centros de referencia como los de salud mental, drogodependencia y unidades de enfermedades infecciosas ^[17, 23, 25].
- Fomentar la colaboración familiar en las intervenciones y realizar psicoeducación a los familiares ^[17, 23, 25]. Este punto se desarrolla en el apartado 1.4.4.

Pasamos a desarrollarlas a continuación.

2.1.1. VALORACIÓN INTEGRAL HOLÍSTICA CONTINUA.

El primer paso para crear un plan de acción y una intervención adecuada es la valoración de los aspectos biopsicosociales del paciente, papel que corresponde a la enfermera. Se recoge información del paciente en la valoración inicial y se evalúa continuamente el estado del paciente lo que permite que, junto al resto de miembros del equipo se haga una evaluación multidimensional del paciente ^[23].

Para hacer una valoración holística se deberían tener en cuenta los antecedentes psicopatológicos familiares y propios, así como el estado físico del paciente. En cuanto a la familia también hay que tener en cuenta la dinámica y la salud familiar que hay y ha habido. Es habitual que los trastornos psiquiátricos del adulto hayan sido precedidos por trastornos psiquiátricos juveniles ^[4, 5].

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Para poder realizar una valoración de un paciente con afección de la salud mental es necesario realizar una evaluación de los patrones funcionales según Marjory Gordon ya que así es más fácil diferenciar qué patrones están alterados y cuáles no. Se realiza a través de la recogida de datos objetivos, subjetivos y de la historia clínica del paciente. Según Gordon los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Mediante la utilización de estos patrones se valoran datos físicos, psíquicos, sociales y del entorno.

1. **Percepción y manejo de la salud** ^[4, 23]: cómo percibe el individuo la salud y bienestar y cómo maneja la recuperación o mantenimiento de la salud y enfermedad. Se valora mediante los hábitos higiénicos (aseo personal y frecuencia de este, estado de la cavidad oral), vacunas, alergias, conductas saludables, hábitos tóxicos (consumo de alcohol y otras drogas, vías de consumo y la valoración del paciente sobre las consecuencias), accidentes o ingresos hospitalarios. También hay que valorar los antecedentes de enfermedad, y el tratamiento psicofarmacológico.
2. **Nutrición y metabólico** ^[4, 23]: determinar el consumo de alimentos y líquidos en relación a sus necesidades metabólicas (calidad y cantidad). La existencia de problemas de ingesta. Medidas antropométricas (TA, FC, saturación O₂, IMC y temperatura). Las

- alergias e intolerancias presentes. Alteraciones de la piel, uñas, pelo y mucosas, deshidratación y lesiones. Hay que valorar la presencia de enfermedades derivadas del consumo de alcohol como las úlceras esofágicas, cáncer, etc. En los pacientes alcohólicos también es habitual el déficit de vitaminas.
3. **Eliminación** ^[4, 23]: describe las funciones excretoras intestinales, urinarias y de la piel. La consistencia, frecuencia, dolor, presencia de sangre u otros en orina y heces e incontinencia. También hay que valorar la sudoración.
 4. **Actividad y ejercicio** ^[4, 23]: describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad y para la realización de ejercicio. Costumbres de ocio y recreo. Valorar el estado cardiovascular, respiratorio, la tolerancia a la actividad, actividades cotidianas, estilo de vida, ocio y actividades. La capacidad funcional alterada se valora con las escalas de Katz o Barthel. Debido al abuso del alcohol puede haber traumatismos y presencia de dolor. Por la medicación se puede producir debilidad, falta de coordinación, mareo, marcha inestable, sedación, etc.
 5. **Sueño y descanso** ^[4, 23]: describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día y los usos y costumbres individuales para conseguirlos. El tiempo dedicado y condiciones del lugar. Valorar el uso de fármacos para conciliar el sueño. Consumo de sustancias estimulantes, ronquidos o apnea, agitación, ansiedad, hiperactividad, insomnio, sueño no reparador, pesadillas y terrores nocturnos, somnolencia y letargia.
 6. **Cognitivo y perceptivo** ^[4, 23]: Valoración de los órganos de los sentidos. Toma de decisiones, memoria y lenguaje. Nivel de consciencia, si puede leer y escribir. Alteraciones cognitivas. Alteraciones perceptivas, hay que valorar también si están siendo tratadas o si necesita revisión. Expresa y localiza dolor. Alteraciones en la conducta.
 7. **Autopercepción y autoconcepto** ^[4, 23]: describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Imagen corporal, identidad y sentido general de valía. Patrones emocionales, postura y movimiento. Valora los problemas con uno mismo, de autoimagen, problemas conductuales, datos de imagen: postura, patrón de voz, estado de ánimo, pasividad y nerviosismo.
 8. **Rol y relaciones** ^[4, 23]: compromisos de rol y relaciones, percepción de rol, responsabilidad de la situación actual. Satisfacción en familia, trabajo y relaciones sociales. Valorar la familia, apoyo familiar, grupo social o trabajo y escuela. (percepción del peligro del entorno y de las actividades que realiza, alteración del estado mental, comportamiento, perfiles de personalidad, toma de medicación y adherencia al tratamiento, alteración de la orientación espacio-temporal y personal. Conciencia de enfermedad. Alteraciones auditivas y/o visuales. Presencia de síndrome de abstinencia alcohólico en caso de haber dejado la bebida y no estar tomando medidas para ello. Problemas con la justicia.
 9. **Sexualidad y reproducción** ^[4, 23]: describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y así mismo describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo. Valorar la menarquia y ciclo menstrual, menopausia, métodos anticonceptivos, embarazos, abortos, problemas o cambios en las relaciones sexuales, así como valorar si acude al ginecólogo periódicamente.
 10. **Adaptación y tolerancia al estrés** ^[4, 23]: describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Valorar situaciones estresantes sufridas, si esta tenso o relajado la mayor parte del tiempo, si cuenta sus problemas a alguien cercano.
 11. **Valores y creencias** ^[4, 23]: describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Valorar si posee planes de futuro, satisfacción de la vida, religión, preocupaciones, relacionadas con la vida, muerte y dolor.

Se han encontrado, en más del 20% de los casos de patología dual, los patrones de actividad-ejercicio, nutricional-metabólico, rol-relaciones y cognoscitivo-sensorial alterados por lo que las intervenciones de enfermería suelen ir orientadas a satisfacer estos patrones con cuidados específicos según requiera el paciente ^[12].

2.1.2. EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD

La enfermería tradicionalmente ha estado incorporada a los equipos de promoción de la salud. La educación para la salud es esencial para tratar cualquier tipo de patología ya que si es aplicada correctamente puede impedir las recaídas y rehospitalizaciones, así como desarrollar otras enfermedades orgánicas como son las enfermedades cardiovasculares. La promoción de la salud es un ideal que implica que todas las personas puedan alcanzar su potencial máximo de salud sin que nadie se lo impida.

En el caso de la patología dual la adicción al alcohol es la principal causa modificable de morbilidad ya que aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades metabólicas, cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. También es muy importante vigilar otros factores como son la inactividad, el tabaquismo y la mala alimentación que pueden darse concomitantemente ^[29].

2.1.3. VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS

Existen una serie de factores que pueden ayudar al paciente a evitar la recaída y otros que pueden ayudar a precipitarla, estos son los factores de protección y de riesgo respectivamente.

Los factores de riesgo son aquellos que pueden suponer un peligro y hacer como consecuencia que la persona termine recayendo en el uso de sustancias; mientras que los factores de protección son aquellos que ayudan al paciente a no recaer en el consumo. Estos factores varían según el paciente y se clasifican en:

- **Factores personales** son aquellos que hacen referencia a características propias de la persona.
 - **De riesgo:** psicológicos (la probabilidad de consumo aumenta cuando existen síntomas negativos para aliviar los síntomas), rasgos de personalidad (como la impulsividad, dificultad para retrasar la recompensa, percepción baja del riesgo, poca tolerancia a la frustración...), incumplimiento del tratamiento farmacológico (debido a los efectos adversos o un exceso de confianza) y no llevar a cabo las actividades terapéuticas (debido a una baja conciencia de enfermedad).
 - **De protección:** habilidades sociales (relacionándose de manera efectiva con los demás), resiliencia (capacidad para enfrentarse a las adversidades y superarlas) y adherencia al tratamiento.
- **Factores familiares** son aquellos que hacen referencia a la familia y todo lo que la rodea
 - **De riesgo:** la falta de apoyo familiar (también hay que tener en cuenta la baja supervisión y disciplina) y un clima familiar hostil.
 - **De protección:** buena relación familiar de confianza y comunicación, establecimiento de normas y apego familiar.
- **Factores sociales o ambientales** hacen referencia al entorno que rodea a la persona.
 - **De riesgo:** falta de apoyo social, amistades consumidoras, fuente de ingresos (más recursos para comprar la droga) y accesibilidad a la droga.

- **De protección:** tener apoyo social, amistades no consumidoras y una disminución en la capacidad de obtener la droga ^[26].

La identificación de los factores previos recae en el ámbito de actuación de la enfermera que en muchas ocasiones no solamente interacciona con el paciente sino con su entorno más cercano.

2.1.4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Cuando existe una buena adherencia al tratamiento se consigue disminuir la morbilidad, la rehospitalización y las recaídas de los pacientes. No se puede hacer una determinación del grado de baja adherencia al tratamiento de forma fácil ya que no hay un instrumento de medida adecuado para ello. Entre un 25 y 50% de los pacientes en tratamiento con antipsicóticos no toma la medicación, y que el abandono del tratamiento durante el primer año es de entre el 30 y 60% según el Ministerio de Sanidad ^[37].

La adherencia terapéutica es el conjunto de conductas entre las que están:

- Aceptar el plan de tratamiento y formar parte de él.
- Poner en práctica las indicaciones -tomar la medicación, cumplir la prescripción de cuidados y participar activamente en las sesiones de psicoterapia-.
- Evitar las conductas de riesgo.
- Incorporar conductas saludables nuevas al estilo de vida -como seguir dietas saludables, realización de ejercicio físico regular, evitar el estrés y evitar el consumo de alcohol y tóxicos- ^[11].

En los pacientes duales, es habitual que haya una baja adherencia al tratamiento. Por lo general existen pocos recursos específicos para estas enfermedades en el panorama asistencial. En ocasiones los pacientes al presentar ambas patologías son rechazados tanto en centros de drogodependientes como en centros psiquiátricos asistenciales ^[17, 27].

La adherencia terapéutica y el cumplimiento no son sinónimos. La adherencia se refiere mayormente a la autonomía del paciente en el uso del régimen terapéutico (en cuanto a elección y mantenimiento) mientras que el cumplimiento se refiere a todo lo relacionado con la medicación ^[37]. Se sabe que hay un mínimo de un 40% de pacientes que no se adhieren a sus tratamientos y ocurre con más facilidad en los pacientes con enfermedades crónicas. En los pacientes con psicosis y alcoholismo el cumplimiento suele ser muy bajo. Por lo general los esquizofrénicos duales tienen una adherencia al tratamiento menor que los no duales. Este incumplimiento terapéutico también tiene que ver con el riesgo de rehospitalización y reagudización, un empeoramiento de la evolución y más problemas relacionados con el alcoholismo ^[17].

En los pacientes esquizofrénicos duales se utilizan en menor medida los abordajes psicológicos y menos técnicas para mejorar la adherencia. También se dedica menos tiempo y esfuerzo en la explicación de la relación entre la estabilización de la enfermedad y el cumplimiento terapéutico debido a la dificultad de trato con ellos. Si durante los seis primeros meses de tratamiento no hay una adherencia adecuada a este, se predice incumplimiento durante los 2 años posteriores ^[17].

La adherencia al tratamiento tiene tal repercusión sobre los costes asistenciales y el nivel de salud de la población que cada vez suscita más interés tanto a nivel profesional como gerencial, aunque de momento hay poca literatura que la estudie en relación a la psicoterapia ^[11].

Varios estudios han mostrado que es fundamental un tratamiento integrado psicofarmacológico y psicosocial ya que esto hace que los pacientes mejoren en su funcionamiento psicosocial global -con menor número de recaídas y de reingresos hospitalarios, mejor adhesión al psicofármaco y mayor porcentaje de asistencia a las sesiones de psicoterapia- ^[11].

Factores que influyen en la no adherencia

El modelo de creencias de la salud propone que una persona se predispone a comprometerse en el seguimiento de un tratamiento en mayor medida cuando se da cuenta de que su salud personal está en riesgo. Es importante también que los beneficios percibidos superen el coste del tratamiento ^[14, 39].

- **Conciencia de enfermedad, introspección y creencias generales:** Cuanto menor sea el grado de conciencia de enfermedad e introspección, peor adherencia al tratamiento hay. Por lo general esto es debido a experiencias previas, factores culturales y el estatus socioeconómico. La adherencia es peor cuanto antes comienzan los síntomas psicóticos y cuanto menos tiempo llevan los pacientes con la enfermedad ^[14]. Se han ido desarrollando nuevos enfoques educativos para que los pacientes con esquizofrenia realicen mayor introspección y aumente también su conocimiento respecto a la enfermedad y a sí mismos. Para mejorar la conciencia de enfermedad en el paciente es necesario que el profesional, de enfermería en este caso, acompañe al paciente durante todo el proceso adaptando las explicaciones necesarias según el estado actual del paciente y sus conocimientos. De esta forma afrontan la enfermedad más efectivamente y esto mejora su adherencia al tratamiento ^[11, 32].
- **Psicopatología:** Los síntomas psicóticos -especialmente la paranoia y los delirios de grandeza- se asocian negativamente a la adherencia. El deterioro cognitivo -como el déficit de atención y memoria- está relacionado con la dificultad que tienen los pacientes para el manejo de la medicación ^[17, 33].
- **Aspectos relacionados con la medicación:** La eficacia de la medicación depende directamente de la adherencia. El efecto antipsicótico reduce la psicopatología mejorando el razonamiento lógico lo que hace que el paciente realice una mejor introspección. Los efectos adversos de la medicación están fuertemente y negativamente relacionados con la adherencia. Cuando al paciente se le explican con antelación los posibles efectos adversos de la medicación es más fácil que cuando estos aparezcan no abandone el tratamiento al estar ya esperándolos ^[35]. Otro factor preocupante e influyente en la adherencia es la ruta de administración y las dosis del fármaco ya que una dosis baja puede resultar en menos efectos adversos, pero si esta dosis es muy pequeña no producirá la eficacia requerida para un tratamiento efectivo.

Cuando se ha reducido la frecuencia de la dosis a realizar una única dosis diaria ha mejorado la adherencia. También la vía de administración influye. Desde que se utilizan medicamentos inyectables se ha visto una mejora en la adherencia de estos pacientes que los toman. Al ser medicación inyectable los pacientes tienen que acudir a sus centros sanitarios a ser tratados y es más fácil así hacer un seguimiento de la adherencia ya que para no recibirla el paciente tendría que negarse directamente a tomarla o no aparecer por su centro de referencia, y así el sanitario puede intervenir directamente ^[10, 33].

Otro de los factores que influye en la toma de la medicación es la edad ya que cuanto más jóvenes son los pacientes, más reacios suelen mostrarse a la toma de antipsicóticos ^[37].

- **Relación profesional-paciente:** Cuanto mayor es la planificación y más se mantiene el contacto con los pacientes externos mejor es la adherencia. Una buena relación paciente-profesional (enfermero, médico, etc), implica una mayor adherencia a las recomendaciones

terapéuticas (toma de medicación, intervenciones y hábitos de vida) lo que conlleva un mejor mantenimiento de las relaciones interpersonales y una mayor estabilidad clínica ^[17]. Los métodos para valorar la adherencia al tratamiento se basan en el recuento de píldoras - aunque no ofrece pruebas de que la medicación haya sido tomada- y especialmente en la toma de los niveles de fármaco en suero -el resultado es muy real pero la dificultad existe en que los pacientes se niegan a cooperar en dar muestras sanguíneas- ^[10, 14, 18]. Es muy importante hacer partícipe al paciente de las decisiones terapéuticas del equipo ^[4].

- **Factores ambientales y psicosociales:** el apoyo social -y particularmente el apoyo familiar o de amistades- puede ayudar en que los pacientes tomen la medicación, así como el seguimiento de una rutina ^[14]. Un factor importante a tener en cuenta es la mejoría. Cuando el paciente comienza a sentirse mejor es fácil que abandone el tratamiento por creer no necesitarlo más ^[37].
- **Motivación:** en cuanto al consumo de alcohol y toma de la medicación ^[10]. La escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) -basada en las teorías de la motivación de Prochaska y DiClemente- mide en qué fase de la motivación están los pacientes para así dirigir la intervención de manera adaptada al paciente ^[17, 34]. La motivación es uno de los factores principales ligados a la adherencia al tratamiento, ya que cuando el paciente no se siente motivado es más fácil que abandone el tratamiento o lo siga inadecuadamente por lo que se debe incidir sobre ella ^[34].

Existen una serie de predictores de incumplimiento terapéutico que son aplicables tanto a los pacientes duales como no duales y estos son:

- El paciente ha incumplido el tratamiento en alguna ocasión previa.
- El paciente ha tomado alcohol y/u otras drogas recientemente.
- El paciente ha tomado antidepresivos previamente.
- El paciente es consciente de tener un empeoramiento cognitivo y ser este debido al tratamiento.
- Dependiendo de la sustancia que el paciente consuma. En el caso del alcohol influye menos en la adherencia que cuando se toma cannabis u otras drogas ^[17].

Además, es importante tener en cuenta el estilo de vida del paciente ya que tiene mucha importancia e influye en la eficacia del tratamiento y la adherencia.

Abordaje de la no adherencia

Existen tres modelos con los que abordar la no adherencia que son la terapia de cumplimiento, la terapia de adherencia y la terapia de educación de afrontamiento terapéutico. No son mutuamente excluyentes ya que, por lo general, las intervenciones combinadas y con una mayor duración se asocian con resultados más favorables ^[14].

- **Terapia de cumplimiento:** es un tipo de tratamiento para pacientes esquizofrénicos en la que se combina la terapia cognitiva de comportamiento con la entrevista motivacional.
- **Terapia de adherencia:** surge a partir de la terapia de cumplimiento mediante el aumento del número de sesiones.
- **Terapia de educación de afrontamiento terapéutico:** pretende mejorar la introspección y promover la adherencia en pacientes con psicosis tempranas.

Las actuaciones psicosociales cubren un amplio rango que van desde la enseñanza sobre la enfermedad y su tratamiento hasta aquellas que se encuentran orientadas al cambio de actitud

y conducta a través del conductismo, enfoque cognitivo-conductual, motivación o multimodal junto al apoyo social ^[11, 32].

2.1.5. ESTILO DE VIDA

La disminución de la eficacia del tratamiento y la adherencia al mismo puede ser debido al estilo de vida con el que está asociado ya que dificulta el cumplimiento, genera más efectos adversos o los agrava, modifica la percepción del paciente sobre su propia salud y puede estar siendo usado como automedicación por el propio paciente para paliar los síntomas de la psicopatología ^[17].

2.1.6. EVALUACIÓN CONTINUA DEL PACIENTE

Se debe realizar una evaluación del paciente desde el momento en el que es diagnosticado. Esta evaluación debe ser continua, tanto del estado del paciente como de la efectividad de las intervenciones de enfermería. La reevaluación continua en consulta de enfermería puede ofrecer muy buenos resultados orientados a controlar la adherencia al tratamiento. De esta forma se puede comprobar de mejor manera que las actividades estén surtiendo el efecto deseado para conseguir los objetivos establecidos y así producir una mejora en el curso de la enfermedad del paciente. Es importante también detectar los factores que estén dificultando la terapia ^[23].

De todo lo anterior se desprende la importancia del papel de la enfermería en el abordaje de estos pacientes, acompañándolo, revaluándolo y siendo una pieza clave en los equipos multidisciplinares que tratan a estos pacientes.

3. CONCLUSIONES

Hoy en día se le está dando mucha importancia al estudio de los trastornos por consumo de sustancias asociadas a otras enfermedades psiquiátricas debido a su gravedad clínica y social, junto a la alta prevalencia y la dificultad terapéutica que conllevan estas enfermedades.

- La patología dual es un trastorno en el que debido a su gran prevalencia, gravedad y repercusiones personales y sociales que tiene, en el que se debe seguir trabajando sobre ella. Actualmente se cree que hay un infra-diagnóstico de la patología dual por lo que se deben implementar instrumentos de detección sistemática de esta patología ^[22, 24], ya que el acceso de los pacientes a los centros de tratamiento es tardío y la atención es insuficiente ^[17].
- El tratamiento de la patología dual debe ser la terapia integrada de ambas enfermedades; considerando además el abordaje terapéutico farmacológico y psicoterapéutico conjunto desde la detección de la patología. Es muy necesario facilitar la derivación de estos pacientes entre las distintas redes de drogodependencia, salud mental, hospitalización y Atención Primaria asegurando la continuidad de los cuidados. Dentro de las terapias, es esencial realizar una educación socio-sanitaria de prevención y promoción de la salud a todos los niveles; y la aplicación de tratamientos intensivos educativos en los que se produce una supervisión y control continuados del consumo, para prevenir el consumo de sustancias y así mejorar la morbilidad española.
- Es imprescindible la creación de equipos multidisciplinares en los que la enfermera es una de las piezas claves en el mantenimiento y recuperación de la salud del paciente; ya que es la que le proporciona más acompañamiento y con la que se establece mayor vínculo. El ratio enfermera-paciente en estas unidades está aun por definir. En España, la red asistencial todavía está muy diferenciada para el manejo de pacientes adictos a sustancias y la red de salud mental con una coordinación prácticamente inexistente, lo que produce intervenciones que interfieren entre sí en lugar de complementarse o, por el contrario, llevan a la desatención del paciente ^[8].
- El cuidado de los pacientes se apoya, por lo general, en el esfuerzo económico y emocional de las familias por lo que es necesaria la creación de una buena red de recursos que cubran las necesidades de estos pacientes. También es imprescindible realizar educación sanitaria a los familiares en lo que respecta al trato de estos enfermos y cómo sobrellevar esta enfermedad para evitar desarrollar un síndrome del cuidador. También en esta faceta de educación es imprescindible la presencia de la enfermera.

Según algunos autores revisados, las recomendaciones para el futuro son:

- Crear un modelo generalizado y coordinado entre los distintos niveles asistenciales junto a un procedimiento reglado para establecer las competencias de cada profesional, entre ellos el de la enfermera.
- Establecer unidades de hospitalización completa y parcial para pacientes agudos con un programa rehabilitador.
- Formación especializada de todo el equipo sanitario tanto en esquizofrenia como drogodependencia ^[17].
- Existe una percepción por parte de los profesionales, de que los pacientes con patología dual son casos de difícil abordaje lo que hace que algunos profesionales no se impliquen tanto como deberían en su cuidado, por lo que hay que trabajar sobre esta percepción ^[35].

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet]. 2018 [Consultado 24 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Sociedad Española de Patología Dual. Patología dual [Internet]. [Consultado 24 octubre 2018]. Disponible en: http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html
3. Goti Elejalde J. Díaz Hurtado R. Arango C. Protocolos de intervención en patología dual: patología dual en adolescentes. Barcelona: EdikaMed SL; 2016
4. Torrijos Martín M. Palomino Martínez A. Patología dual y enfermería: revisión bibliográfica. Revista de Patología Dual. 2017;4(1):3.
5. Barea J. Benito A. Real M. Mateu C. Et al. Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. Revista Adicciones. 2010;22(1):15-24.
6. San L. Arranz B. Clinical guidelines for the treatment of dual pathology in the adult population. Revista Adicciones. 2016;28(1):3-5
7. Brostedt EM. Msghina M. Persson M. Wettermark B. Health Care use, drug treatment and comorbidity in patients with schizophrenia or non-affective psychosis in Sweden: a cross sectional study. BMC Psychiatry. 2017;17(1):416-426
8. Torrens Mèlich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Revista Adicciones. 2008;20(4):315-319
9. Vega Astudillo P. Comorbilidad psiquiátrica: Patología dual. Curso evidencia y tratamientos para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohol. Tema 4. SERGAS. Consultado en [7 noviembre 2018]. Disponible en: https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_4.pdf
10. Medina Rodríguez AM. Gómez Pérez MC. Acosta Artiles FJ. González Martín JM. Efectividad de la terapia grupal en pacientes con esquizofrenia. Revista Enfermería Docente. 2017;1(108):7-11.
11. Acea Lopez L. Efectividad de una intervención psicoeducativa audiovisual en la adherencia terapéutica para personas con esquizofrenia. Revista Metas enfermería. 2018;21(8):16-20.
12. Castaño Mora Y. Erazo Chavez IC. Piedrahita Sandoval IE. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliar de personas con enfermedad mental. Revista Enfermería Global. 2012; 28.
13. Green AI. Khokhar JY. Addiction and Schizophrenia: A translational perspective. Schizophrenia Research. 2018;194:1-3.
14. Barkhof E. Meijer CJ. Sonnevile LMJ. Linszen DH. De Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: A review of the past decade. European Psychiatry. 2012;27:9-18.

15. Cervera Martinez G. Patología Dual. Revista Española de Drogodependencias. 2013;38(1)5-6.
16. Szerman N. Patología Dual en psicosis. Revista de patología dual. 2015;2(2):10.
17. Roncero C. Barral C. Grau-Lopez L. Ros-Cucurull E. Casas M. Protocolos de intervención patología dual: patología dual en esquizofrenia. Barcelona: EdikaMed SL; 2016
18. Ponce G. Jimenez-Arriero M. Rubio G. Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica. Revista trastornos adictivos. 2003;5(1):1-55.
19. Carretero-Colomer, M. Esquizofrenia: tratamiento con antipsicóticos atípicos. Offarm. 2006;25(10):11-146.
20. Sevilla-Vicente J. Basurte-Villamor I. Hacia una base neurobiológica estructural de la patología dual. Revista TOP 5 en Patología Dual. 2017;3(1):5-7.
21. Kuhalainen-Munar JA. Propuesta para la atención psicoterapéutica a los familiares de personas afectadas de un trastorno mental grave. Revista Norte de Salud Mental. 2018;15(59):117-119.
22. Vega P. Szerman N. Roncero C. Grau-López L. Et al. Necesidad de programas específicos multidisciplinares. Libro blanco: Recursos y necesidades asistenciales en patología dual. 2015;1(1):16-18.
23. Gutiérrez-Cáceres S. Vicente-Partido AM. García-Hidalgo N. Salgado-Marcos N. Et al. Protocolo de intervención de enfermería en los centros de atención a las drogodependencias. 2015;1(1):19-60.
24. Torrens M. Mestre-Pintó JI. Montanari L. Vicente J. Et al. Patología dual: una perspectiva europea. Revista adicciones. 2017;29(1).
25. González-Martínez, AM. Nevado-Carrillo, L. González-Candel, C. Et al. Papel de la enfermería en el tratamiento integrado de la patología dual. CODEM. 2012.
26. Baquero-Escribano A. Lucas-Miralles MV. Sanz-Beltrán A. Aliaga-Soler A. Haro-Cortés G. Manual para familiares de enfermos de patología dual. Fundación Hospital Provincial Castellón.
27. Rodríguez-Seoane EM. Plaza-Andrés A. Manual de enfermería en adicciones a sustancias y patología dual. Díaz de Santos editorial. 2018:15-27.
28. La esquizofrenia. NIMH Núm. SP 15-3517. 2015.
29. Huizing E. Padilla-Obrero L. Promoción de salud y hábitos de vida saludable. Intervenciones de promoción y protección de la salud dirigidas a personas con trastorno mental grave. 2012:14-32.
30. Erro J. Guía de la Salud Mental para el entorno de la persona en crisis. Primera vocal. Granada. 2016.

31. Arias F. Szerman N. Vega P. Mesias B. Et al. Estudio de Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Revista Adicciones*. 2013;25(2):118-127.
32. Buenas prácticas para la inserción social de personas con patología dual. Argia Fundazioa, Fundación Gizakia. 2012:13-23.
33. Pérez-García C. Adherencia al tratamiento de la esquizofrenia. *Revista Enfermería Salud Mental*. Editorial Glosa SL. 2015;1:16-22.
34. Rodríguez-Luna M. Barrientos-Torroja M. Rosado-Ruiz J. García-Benítez C. Et al. La actividad motivada como estrategia hacia una mejora de la calidad de vida en patología dual. *Actividad motivada y patología dual*. 2016:5-23.
35. Aproximación a la patología dual. Propuestas de intervención en la red FEAFES. Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental. 2014.
36. Bentall R, Boyle M, Chadwich P, Garety P, et al. Comprender la psicosis y la esquizofrenia. The British Psychological Society. 2014:50.
37. Baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. *Revista Enfermería Global*. 2005:7.
38. Diaz-Enciso C. Efectividad de un programa psicoeducativo en el empoderamiento de los pacientes con esquizofrenia. *NURE INV*. 2018:15(95).

ANEXOS

CUESTIONARIO ISCA (INTERROGATORIO SISTEMATIZADO DE CONSUMOS ALCOHÓLICOS).

1. Si en alguna ocasión toma bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.), ¿cuántas consumiciones toma el día que bebe?

_____ (expresado en Unidad de Bebida Estándar, 10 g de alcohol).

2. ¿Con qué frecuencia bebe?

_____ (número de días a la semana).

3. Los fines de semana (o los días laborales), ¿cambia sus hábitos de consumo?

	CANTIDAD	DÍAS	SUBTOTAL
Consumo días laborales	_____	_____	_____
Consumo días festivos	_____	_____	_____

Elaboración propia

Tabla 1: NEUROLÉPTICOS MÁS USADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Neurolépticos primera generación	Haloperidol	Produce muchos efectos adversos.
Neurolépticos Segunda generación	Amisulprida	Acción sedante y antidepresiva. A dosis altas actúa sobre los síntomas positivos y a dosis bajas sobre los negativos ^[17] .
	Aripiprazol	Eficaz a corto plazo. Produce efectos ansiolíticos y antidepresivos ^[17] .
	Clozapina	Uno de los antipsicóticos más usados. Produce una disminución del 70% en el consumo de drogas. Puede producir agranulocitosis ^[14, 17] .
	Olanzapina	Produce efecto sedante y anticolinérgico. Menor riesgo hematológico y de convulsiones que la Clozapina. Puede producir hiperglucemia e hiperlipemia, aumento de peso y síndrome metabólico. Reduce el uso de sustancias a un 47% ^[17] .
	Quetiapina	Actúa sobre los mismos receptores que la Clozapina y Olanzapina. Tiene efecto sedante y anticolinérgico, pero produce escasos síntomas extrapiramidales y es el fármaco que menos acatisia provoca ^[17] .
	Risperidona	Actúa sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. No interactúa con el alcohol ^[17] .
	Ziprasidona	Actúa sobre los síntomas positivos de la enfermedad. Puede producir hiperprolactinemia ^[17] .
Ya que a este perfil de pacientes le resulta muy difícil mantener una buena adhesión al tratamiento una vía de administración alternativa a la vía oral es la intramuscular. Estos fármacos de liberación retardada (Zuclopentixol y Flupenthixol de primera generación, Risperidona, Paliperidona de Palmitato y Aripiprazol de segunda generación). Tienen una menor presencia de efectos adversos. Estos fármacos se están utilizando de forma novedosa en pacientes esquizofrénicos, pero todavía no existen datos concluyentes sobre este uso en pacientes con esquizofrenia dual ^[17] .		

*Elaboración propia.***Tabla 2: ACCIÓN ANTIPSICÓTICOS DE PRIMERA GENERACIÓN VS SEGUNDA GENERACIÓN**

	Primera generación	Segunda generación
	Haloperidol Clorprompacina Sulpirida Tiaprida	Clozapina Risperidona Olanzapina Quetiapina Amisulprida Ziprasidona Aripiprazol Paliperidona
Efectos	Bloquea receptores D2	Bloquea receptores D2 Bloquea receptores 5HT2a
Acción	Actúa sobre los síntomas positivos	Actúa sobre síntomas negativos y positivos.
Efectos adversos	Efectos extrapiramidales intensos	Sedación, hipotensión, aumento de peso.

Tabla 3: SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

	Síntomas positivos	Síntomas negativos
Características	Agudos, poca duración. Fáciles de identificar.	Crónicos. Difíciles de valorar.
Ejemplos	Alucinaciones. Delirios. Catatonia. Conducta desorganizada. Disgregación.	Alogia. Afecto inapropiado. Aplanamiento afectivo. Embotamiento emocional. Apatía Abulia Anhedonia Déficit de atención.

Elaboración propia a partir de los datos de [28].